Alla ASL DI PESCARA

UOC ABS

Via R. Paolini, 47

65124 PESCARA

**Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura per l'affidamento di un corso di formazione e tutoraggio sulle Good Manufacturing Practices (GMP - Norme di Buona Fabbricazione) per la produzione di medicinali di terapie avanzate – ATMP, per le esigenze della Cell Factory della ASL di Pescara..**

Il sottoscritto nat \_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di {barrare la voce che interessa)

O Titolare O rappresentante legale O procuratore legale

Della Ditta\ Studio prof.le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via n° codice fiscale

PARTITA IVA tel.n.

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PEC di cui si autorizza espressamente l'utilizzo per qualsiasi comunicazione inerente la procedura in oggetto)

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare alla procedura finalizzata all’affidamento della Fornitura di un sistema analitico marcato CE IVD che consenta l’esecuzione del test per Presepsina con il massimo livello di automazione possibile.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali nell’ipotesi di false o mendaci dichiarazioni

DICHIARA

1. di essere in possesso a) Requisiti generali per contrattare con la Pubblica Amministrazione;
2. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione di cui all’art.80 del D. Lgs. n.50/2016 e s.m.i.;

3) di essere:

* iscritta al Registro delle Imprese tenuto dalla Camera di Commercio Industria e Artigianato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con attività attinente il servizio da svolgere;
* in possesso di idonee risorse umane e tecniche;
* esperienza specifica richiesta nel campo della consulenza farmaceutica di almeno cinque anni (senior consultant);
* in regola con i versamenti contributivi e previdenziali previsti dalla legge nonché in regola in ambito fiscale e tributario;

1. di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento o di concordato e che tali condizioni non si sono verificate nell’ultimo quinquennio;
2. che non sussistono a carico del soggetto richiedente, del legale rappresentante e dei soci, condizioni ostative previste dalla normativa antimafia;

6) di essere informato, ai sensi del D.Lgs.l96/2003 e s.m.i. e GDPR.679/2016 che i dati raccolti saranno trattati dall’amministrazione esclusivamente per le finalità connesse alla presente procedura.

Si allega alla presente copia del documento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_emesso in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e scadente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d

Data e luogo

il Dichiarante

La dichiarazione deve esser corredata da copia di documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_